Relevé de conclusions – Réunion plénière finale du 17 décembre 2013 – STS

Introduction

Bernadette DEVICTOR rappelle que l'objet de cette dernière réunion plénière est la restitution des travaux engagés depuis mi-septembre, dans le but de finaliser des recommandations à la Ministre sur la création du service public territorial de santé. Celles-ci ont vocation à alimenter l'écriture de la loi de santé 2014. Le rapport final sera remis à la Ministre en janvier 2014 et tiendra compte de toutes les contributions, notamment écrites, des participants de ce groupe de travail.

Elle évoque également les débats autour de la dénomination en rappelant qu'il ne faut pas s'attacher au terme lui-même qui n'est pas encore stabilisé, mais plutôt porter l'attention sur le contenu de la réforme.

Elle fait également un retour sur la méthode de travail retenue. Le choix a été fait de travailler à partir de situations concrètes, dans une démarche « *bottom up* ». Il a été étudié le fonctionnement d'offres de services et d'organisations professionnelles déjà en place et analysé en quoi le STS pourrait conforter ces démarches et permettre l'émergence de nouveaux projets.

Synthèse de la présentation de Bernadette DEVICTOR

Ce relevé de conclusions reprend de manière synthétique les principaux points de l'exposé dans la mesure où le support de présentation a été remis aux participants et sera également joint à l'envoi du compte-rendu.

A titre liminaire, Bernadette DEVICTOR rappelle que l'origine de la réflexion sur le STS émane des conclusions du rapport COUTY. Celui-ci préconise une approche large de coopération sur le territoire dans un but d'amélioration de la réponse aux besoins de santé de la population.

Elle rappelle qu'il est « *impossible de tout régler avec le STS* » et qu'il est donc nécessaire d'avoir une approche pragmatique. Elle indique que le STS ne doit pas venir complexifier le système : le STS ne doit pas être un outil « *en plus* » mais il doit soutenir et/ou s'articuler avec l'existant. Elle rappelle la méthodologie utilisée avec une première phase d'exploration et de construction d'une carte mentale au fur et à mesure de l'avancée des travaux, présentée lors de la plénière de novembre, puis une deuxième phase de consolidation sur les points essentiels.

La présentation de la synthèse des travaux porte sur les points suivants :

- *La définition du STS et l'approche retenue*

Bernadette DEVICTOR énonce la définition du STS comme étant une offre de service(s) qui s'appuie sur une organisation d'offreurs en santé portant les valeurs du service public (en particulier, accessibilité et continuité). Elle décrit les différentes caractéristiques du STS : la continuité horaire et la continuité le long du parcours, l'accessibilité géographique, tarifaire, en droits et pour tous quelles que soient leurs situations, et les nécessaires exigences en terme de qualité et de pertinence.

Elle souligne que le STS s'inscrit dans une « *approche territoriale populationnelle* ». Celle-ci renvoie à l'idée selon laquelle les acteurs de santé sont responsables collectivement, sur un territoire, de l'état de santé de la population. Le STS n'intervient pas directement sur la coordination autour d'une personne, mais met en place la coopération nécessaire entre les professionnels au niveau d'un territoire.

L'approche territoriale suppose la définition d'un territoire de projet, qui se situe à un niveau infra territoire de santé tel qu'il a été conçu dans la loi HPST. La définition du territoire de projet doit être souple pour qu'elle puisse

s'adapter aux parcours des usagers et à l'organisation des acteurs. Les modalités de découpage territorial peuvent donc être différentes selon les zones géographiques. Bernadette DEVICTOR indique néanmoins que pour le groupe, il est apparu nécessaire d'inscrire, dès le début, certains principes afin d'avoir une convergence à terme, notamment avec les territoires administratifs pour éviter la multiplicité des découpages qui deviendrait vite ingérable tant pour les acteurs que pour les institutions.

- *Le diagnostic partagé*

Bernadette DEVICTOR précise que le diagnostic partagé des besoins constitue la première étape de la démarche. Il est nécessaire de partir des besoins des usagers. Ce diagnostic est axé sur les problématiques d'accessibilité et de continuité, mais aussi sur des priorités de santé publique. Bernadette DEVICTOR cite en appui plusieurs exemples de thématiques possibles. Elle indique également que l'ANAP est en train de construire une méthodologie de diagnostic partagé sur laquelle il serait intéressant de s'appuyer pour généraliser les diagnostics sur les territoires. Les ARS se verront confier un rôle de cadrage et d'orientation dans la conduite du diagnostic qui doit être partagé avec tous les acteurs.

- *Le projet local de santé*

Bernadette DEVICTOR indique que c'est à partir du diagnostic des besoins que s'élabore le projet local de santé. Au regard des éléments mis en avant par le diagnostic, les acteurs proposent un mode d'organisation avec une répartition des rôles. L'idée d'un partage de la « responsabilité populationnelle » entre les acteurs porteurs du projet est avancée. Ce principe, très développé au Québec, est déjà connu et appliqué en France dans le secteur de la psychiatrie.

- *Le contrat territorial de santé (CTS)*

Bernadette DEVICTOR indique que la traduction opérationnelle du projet se fait par le biais de la conclusion d'un contrat territorial de santé entre les acteurs, les financeurs et l'ARS. Il prévoit les engagements réciproques des acteurs, la traduction de la responsabilité populationnelle ainsi que les modalités financières et de gouvernance. La dynamique qualité mise en œuvre sur le territoire doit également être présente dans le contrat.

Bernadette DEVICTOR précise que le CTS est un contrat d'engagements réciproques entre acteurs alors que le contrat local de santé (CLS), tel qu'il est prévu dans la loi HPST, est un contrat entre décideurs/financeurs, qui n'inclut pas de facto les acteurs même s'ils ont la possibilité d'y être associés. Il est clair que le contrat territorial de santé inclut ce volet d'accord entre financeurs, il ne remet donc pas en cause les contrats locaux de santé déjà signés mais ajoute l'engagement réciproque des acteurs impliqués dans la réalisation.

- *La gouvernance du STS*

Bernadette DEVICTOR présente les modalités de gouvernance du STS : il est proposé la mise en place d'un comité local de santé (niveau opérationnel) qui définirait les modalités d'organisation des professionnels pour la prise en charge et l'orientation des usagers dans les parcours et d'un comité territorial de santé (niveau stratégique) qui serait en charge, notamment, de la validation des projets des acteurs, de leur suivi et de leur évaluation. Le comité territorial de relations avec les usagers, chargé de la dynamique qualité sur le territoire, serait une commission de ce comité territorial.

Elle soumet l'idée de faire migrer les actuelles conférences de territoire vers les conseils territoriaux de santé.

A l'appui de cette proposition, Bernadette DEVICTOR met en avant le fait que des dispositifs existants (MAIA, PAERPA) développent des modes de gouvernance à deux niveaux. La question centrale est celle du pilotage du projet qui doit être fort et légitime.

La gouvernance à deux niveaux peut paraitre « *trop lourde* » pour les acteurs. Il est clair qu'il ne faut pas multiplier les instances de gouvernance dans un souci de lisibilité et de cohérence. Les pistes proposées pourront donc être adaptées aux territoires.

- *Les modalités de financement*

Bernadette DEVICTOR évoque la question des leviers financiers pour favoriser le développement du STS. L'actuelle juxtaposition des financements (Etat, assurance maladie, conseils généraux, mutuelles, caisses de retraite, collectivités locales, ...) entraîne une perte d'efficience. Elle précise néanmoins que dans le contexte budgétaire actuel, le financement du STS devra principalement reposer sur du redéploiement de crédits. Ainsi, les crédits disponibles devront être priorisés pour la mise en œuvre du STS. L'idée d'une modélisation des financements pour le STS est avancée comme c'est déjà le cas dans les expérimentations en cours (PAERPA, rémunération d'équipe).

- *Le rôle des ARS*

Bernadette DEVICTOR précise la place et le rôle de l'ARS dans le STS qui a fait l'objet de nombreuses attentes dans le cadre des travaux. Les ARS doivent avoir un rôle d'animation territoriale au sens fort. Les ARS doivent avoir un rôle d'impulsion et de motivation des acteurs. Elles sont aussi le garant de la pérennité des organisations, notamment lorsqu'un acteur fait défaut, et jouent un rôle de régulation si nécessaire pour que chacun joue bien le rôle auquel il s'est engagé.

- *Les apports attendus du STS*

Bernadette DEVICTOR indique en premier lieu que le STS permet un décloisonnement des secteurs allant au-delà de ce qui a été promu par HPST. Le lien avec le secteur social est un enjeu majeur. Le STS doit également promouvoir les valeurs du service public et s'orienter en priorité là où il y a des problèmes d'accès à l'offre en santé. Il doit aussi promouvoir et sécuriser les coopérations, tout en favorisant la diffusion des nouveaux outils.

- *La réintroduction du service public hospitalier (SPH)*

Le dernier point de la présentation concerne le SPH et les modalités concrètes de sa réintroduction en droit. Le SPH serait donc rétabli en « *bloc de service* » avec la suppression des 14 missions de service public. Un lien avec les missions d'intérêt général est également prévu. Le SPH est un des acteurs du STS. Les établissements contribuant au SPH ont une double obligation de coopération : entre eux au sein du SPH et avec tous les acteurs participant aux SPTS dans lesquels ils sont parties prenantes.

<u>Synthèse des débats</u>

D'une manière générale, les intervenants ont exprimé leurs remerciements et ont félicité Bernadette DEVICTOR pour la qualité de sa présentation, tant sur la forme que sur le fond. Ils soulignent la difficulté de cette mission.

La synthèse des débats reprend les <u>principaux points</u> abordés par les participants.

- *Sur le changement de dénomination et les principes de service public*

De très nombreux participants regrettent le changement de dénomination et la disparition du terme « *service public* », qui pose question sur la réelle ambition du STS, bien que les obligations de service public semblent maintenues dans la présentation qui a été faite. Certains soulèvent l'intérêt d'une approche « *service public* ». De plus, le risque juridique d'un retrait du terme « *public* », tout en conservant dans la définition certaines valeurs du service public, est soulevé. Bernadette DEVICTOR précise que la dénomination n'est pas encore stabilisée et que

l'option prise dans la présentation est de promouvoir les valeurs du service public en dépit d'un changement de terminologie. Néanmoins, elle se fera l'écho de la demande exprimée de maintien de la dénomination SPTS.

- *Sur la volonté de supprimer la loi HSPT*

Certains intervenants ont manifesté leur souhait de voir abroger toutes les dispositions de la loi HPST.

- *Sur l'association et le rôle des élus et des usagers*

La place des élus dans le STS a été mentionnée à plusieurs reprises. Leur rôle a été qualifié « *d'incontournable* », à la fois dans les instances de gouvernance, mais également dans les politiques médico-sociales et sociales. Leur place ne doit pas être cantonnée à celle de « *simples financeurs* ». Ils doivent être reconnus en tant « *qu'acteurs* ». Une difficulté particulière liée au fait que la santé ne soit qu'une compétence optionnelle des communes et non pas une compétence obligatoire a été soulevée ainsi que le manque de compétences professionnelles qui en découle.

Le rôle des associations d'usagers est également réaffirmé. La question de l'élaboration « *d'un mode d'emploi* » pour les usagers a été évoquée car il y a beaucoup de ressources disponibles (ressources informationnelles…) et les usagers sont souvent mal informés et mal orientés, ce qui renvoie au service public d'information tel qu'annoncé dans la SNS.

- *Sur l'accessibilité financière*

De nombreux participants estiment que l'accessibilité financière est « *indispensable* » si la démarche reste fondée sur les valeurs du service public. Le principe du reste à charge accessible et la généralisation du tiers-payant ont été cités en exemple. Il est souligné que les dépassements d'honoraires tant en ville qu'à l'hôpital sont en contradiction avec l'accessibilité financière.

- *Sur la lisibilité du dispositif*

Afin de s'assurer de la lisibilité du STS, certains intervenants ont posé la question de la création d'une structure juridique pour l'organisation (GCS, association). De plus, il n'est pas question d'aborder le STS par pathologie car cela serait trop compliqué à mettre en œuvre. Bernadette DEVICTOR indique que le groupe a pris conscience de l'impossibilité de multiplier les STS et de la nécessité de concevoir un seul STS sur un territoire mais pouvant traiter de un ou plusieurs thèmes selon les besoins.

Aussi, plusieurs intervenants ont mis en évidence le risque de concevoir une « *usine à gaz* » et ont ainsi demandé la plus grande vigilance afin de prévenir une complexification supplémentaire du système global. Certains, peu nombreux, ont également exprimé des doutes sur la réelle plus value de ce nouveau dispositif.

- *Sur la responsabilité populationnelle*

L'introduction du principe de responsabilité populationnelle est saluée par certains intervenants qui qualifient cette approche de « *vraie innovation* » et « *d'avancée importante* ». Toutefois, l'application de ce concept nécessite un accompagnement et une mesure de ses conséquences réelles pour les acteurs.

- *Sur le lien avec les soins primaires*

Le lien avec les soins primaires réalisés par les médecins généralistes de ville a été fait. L'articulation entre les acteurs du monde libéral et les institutionnels (hôpital notamment) semble indispensable pour garantir la réussite du STS.

- *Sur la prise en compte de l'existant*

Certains soulignent la nécessaire prise en compte des travaux des ARS et de ce qu'il se fait sur le terrain, en particulier pour la construction des communautés hospitalières de territoires (CHT). Bernadette DEVICTOR indique que l'approche retenue pour la mise en place du STS s'appuie sur les modes de coopération déjà existants. L'idée est de dégager un principe fédérateur pour toutes les initiatives en cours et de limiter la dispersion potentielle (multiplication d'expérimentations thématiques par exemple).

En ce qui concerne les coopérations hospitalières au sein du SPH, il est souligné qu'elles ne passent pas toutes nécessairement par des CHT et que les conventions inter établissements sont parfois les réponses appropriées. Le SPTS et le SPH rénovés viennent insister sur le fait que les réorganisations se font dans l'objectif d'améliorer le service rendu à l'usager.

- *Sur le rôle des commissions régionales paritaires (CRP)*

Il a été regretté que les CRP n'aient pas été évoquées dans la présentation de la synthèse des travaux. Les CRP sont « *un lieu de dialogue démocratique* » où sont évoqués les éventuels dysfonctionnements. Elles pourraient être utilement sollicitées dans le cadre de la pérennisation des coopérations entre les acteurs.

- *Sur les modalités de financement*

Les nouveaux modes de financement (ENMR, rémunération au forfait) ont été évoqués et certains ont souligné leur intérêt. Certains intervenants expriment leur crainte d'une superposition des financements et évoquent les difficultés liées à leur répartition entre les acteurs. Les principaux coûts du STS sont ceux relatifs au temps de coordination.

Plusieurs participants expriment fortement leur désaccord avec un simple redéploiement de crédits car cela risque de minimiser l'impact réel de la réforme.

- *Sur le rôle des ARS*

La question du rôle des ARS dans le pilotage du STS a été soulevée à plusieurs reprises. Certains indiquent que l'animation territoriale n'est pas le cœur de métier des ARS et qu'il serait essentiel de renforcer leurs moyens pour développer cette compétence (formations indispensables). De plus, la question du rôle régulateur de l'ARS dans le STS a été posée, en lien avec la réflexion autour de l'application d'un pouvoir de contrainte si un acteur ne respecte pas les engagements contractuels pris au titre du STS.

- *Sur la contractualisation*

L'idée de la création d'un nouveau contrat, le contrat territorial de santé, entre les acteurs et avec l'ARS est acceptée. Certains intervenants font le parallèle avec le contrat local de santé (mis en place par la loi HPST) qui peut servir de base de départ pour le STS. Bernadette DEVICTOR rappelle que le CLS est une contractualisation entre financeurs, et représente un des volets du contrat territorial de santé qui inclut un contrat entre les acteurs et avec l'ARS.

- *Sur la gouvernance*

Certains soulignent leur crainte de voir s'ajouter une « *nouvelle couche* » dans l'organisation actuelle avec la création des conseils local et territorial de santé. La question du pilotage de ces deux instances de gouvernance est également posée.

Bernadette DEVICTOR précise que le conseil stratégique au niveau territorial peut soutenir les conseils opérationnels de proximité, il n'y a pas nécessairement les deux niveaux sur chaque territoire ; en revanche, il parait indispensable de créer une structure opérationnelle où tous les acteurs concernés se rencontrent au niveau du territoire de proximité. Au niveau du conseil stratégique, ce sont les représentants des acteurs qui siègent.

Le pilotage du conseil stratégique parait revenir à l'ARS. Au niveau des territoires de proximité, le pilotage peut relever d'un acteur de proximité, sous réserve qu'il soit reconnu par les acteurs du territoire et donc en mesure d'assurer un pilotage fort.

- *Sur l'organisation du premier recours*

Quelques participants posent la question du lien avec la « *révolution du premier recours* ».

Bernadette DEVICTOR indique que le développement du STS nécessite une organisation structurée de l'offre de premier recours. Le rôle des centres de santé a été réaffirmé.

- *Sur les liens avec la prévention et la santé publique*

Quelques participants indiquent que la prévention mérite la mise en place d'une organisation spécifique car c'est un enjeu de santé publique. D'autres demandent « *l'ancrage institutionnel* » des activités de santé publique. Le rôle majeur des PMI est rappelé en tant que « *bras droit sanitaire de l'aide sociale à l'enfance* ».

- *Sur les liens avec les secteurs médico-social et social*

Plusieurs intervenants indiquent que le STS est « *l'occasion unique* » de renouer des liens entre les secteurs sanitaire, médico-social et social. Un participant évoque l'idée d'englober le champ du social dans le SPTS. Bernadette DEVICTOR considère que le lien avec le secteur social est inscrit dans le STS, mais que le STS n'englobe pas tout le social comme il n'englobe pas d'ailleurs d'emblée toute la santé, cela risquerait de le rendre difficilement gérable. Il se construit progressivement en fonction des besoins des territoires et avec tous les acteurs concernés.

- *Sur l'opportunité d'une expérimentation*

Quelques intervenants évoquent l'idée d'expérimenter le dispositif STS et de faire un bilan au bout d'une année. Bernadette DEVICTOR évoque d'une part, la maturité des acteurs à l'égard du STS et d'autre part, le sentiment de « *lassitude* » des professionnels devant les expérimentations. L'inscription du STS dans la loi pallie ce sentiment d'insécurité et de fragilité des expérimentations. Mais le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des STS sur les territoires sont essentiels pour réorienter si nécessaire les déploiements.

- *Sur les « obstacles » existants*

D'une manière générale, plusieurs « *obstacles* » ou « *éléments de blocage* » ont été soulevés comme le bicéphalisme entre l'assurance maladie et l'Etat, le numerus clausus et la baisse de la démographie médicale. Bernadette DEVICTOR précise qu'elle a conscience de ces blocages mais que le STS n'a pas vocation à régler tous les problèmes du système de santé.

- *Sur le service public hospitalier*

La FHF a indiqué qu'elle se satisfaisait de la réintroduction du SPH mais qu'elle porterait une attention particulière à ses modalités d'application, notamment concernant le lien avec les missions d'intérêt général.

- *Sur le risque d'accroissement des inégalités entre les régions*

Plusieurs intervenants évoquent le risque d'application et de mobilisation différente d'une région à une autre pour le STS. Ainsi, cela peut entraîner un accroissement des inégalités interrégionales.

Conclusion

Bernadette DEVICTOR indique qu'elle remettra son rapport dans le courant du mois de janvier. Elle présentera les éléments consensuels qui se sont dégagés des travaux et de cette réunion plénière tout en faisant état des positions différenciées exprimées.

Elle précise qu'elle a bien entendu les craintes formulées par les intervenants de voir cette réforme vidée de son sens si elle n'est pas soutenue par une réelle volonté politique, notamment en ce qui concerne la notion de service public, la volonté de déploiement ainsi que les modalités de financement.

Elle ajoute qu'elle souhaite que son rapport ne soit pas « *mécano-organisationnel* », mais plutôt orienté vers la réponse aux besoins des usagers. Toutes les contributions transmises par les participants seront annexées au rapport.

Elle remercie les participants du travail réalisé en commun au cours de ces trois derniers mois.

Liste des présents :

Présidente : Bernadette DEVICTOR
ADESM : Gilles MOULLEC
ADESSADOMICILE : Aurore ROCHETTE
ANEMF : Nicolas ROMAIN-SCELLES
CFDT : Nathalie CANIEUX
CISS : Nicolas BRUN, Sylvain FERNDEZ-CURIEL, Daniel CARRE
CME de CHU : Jean-Pierre CANARELLI
CME de CH : Dr Pascal FORTIER
CMH : Jean-Gérard GOBERT
DGOS : Samuel PRATMARTY, Bernard LAURENT, Adeline TOWNSEND, Cécile BEHAGHEL, Charlotte NEUVILLE
DIHAL : Pascale ESTECAHANDY
FEHAP : David CAUSSE
FHF: René CAILLET
FHP: Elisabeth TOME-GERTHEINRICHS
FMF : Dr LEVEBURE
FNCS : Hélène COLOMBANI
FNEHAD : Eric GINESY, Anne DABADIE
INPH : Jean-Michel BADET
ISNAR-IMG : Elodie HERNANDEZ
MG France : Marie-Hélène CERTAIN
Mutualité Française : Sylvie GUERIN
SG : Marie-Claude HITTINGER
SMPS: Christophe GAUTIER
SNAM-HP: Sadek BELOUCIF

SNIIL : John PINTE
SOS Médecins : Dr GUERIN
SSA : Yves AUROY
SYNCASS-CFDT : Michel ROSENBLATT
UNA : Line LARTIGUE
UNAFAM : Jean-Claude MATHA
UNICANCER : Hélène ESPEROU
URIOPSS IDF : Michèle ESTRAILLIER
UNR : François BOUE
UNSA : Karine ROGER
SNMPMI : Dr Elisabeth JUDE-LAFITTE

Personnalités qualifiées :

- Pierre ALEGOET
- André GRIMALDI
- Professeur GIBELIN